

PROTÓCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL SES/SC

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - PEDIATRIA

**Florianópolis-SC
Março de 2017**

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, consequentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na central de Regulação.

3. FLUXOS DO PROJETO

3.1 Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- a) A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- b) O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- c) Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada do seu Município.
- d) O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
 - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- e) O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
- f) As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, consequentemente da prioridade do agendamento.
- g) As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- h) O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- i) Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- II. Cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- III. Todas as gestantes.

ROTINA – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

No SISREG

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatohepatite.
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

6. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de poli fármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

7. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração de todos os especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

Segue abaixo o que dispomos até o momento. Contamos com a sua colaboração para que este processo se concretize em breve.

8. PROTOCOLO DA GASTROENTEROLOGIA – PEDIATRIA:

8.1. Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

Foram elencados os seguintes motivos de doenças/motivos de encaminhamento para serem regulados:

- Doença do refluxo gastroesofágico (vômitos recorrentes);
- Gastrites e dispepsias não responsivas ao tratamento inicial;
- Alergia a proteína do leite de vaca;
- Disfagia;
- Dor abdominal recorrente;
- Má absorção intestinal (diarreias crônicas);
- Doença Inflamatória Intestinal;
- Constipação intestinal/ prolapsos retais/ incontinência fecal;
- Distúrbios do crescimento por provável doença gastrointestinal;
- Sangramento digestivo;
- Doenças do pâncreas;
- Hepatopatias crônicas;
- Colestase neonatal;
- Colestase na infância.

Conforme deliberação da CIB 159/2015, os casos devem ser encaminhados após manejo inicial do paciente conforme as videoaulas disponíveis no site:

<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gastro/ambulatoriovirtual.html>

* **Gastostomias:** Enviar solicitações por email para a CERA que providenciaremos o agendamento por email com Dra. Camila Witeck.

* **Endoscopia digestiva e colonoscopia:** Agendar por telefone no Núcleo interno de regulação (NIR) do HIJG - 3251-9023/9176.

ENCAMINHAR A UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:

- Crianças com vômitos biliosos
- Lactentes com vômitos e perda de peso com características sugestivas de estenose hipertrófica de piloro
- Suspeita de abdômen agudo
- Dor abdominal com alterações hemodinâmicas
- Hemorragia digestiva com instabilidade hemodinâmica
- Ingestão de agentes químicos ácidos/álcalis
- Colestase neonatal –necessidade de descartar atresia de vias biliares (AVB) antes dos 60 dias de vida. Todos os pacientes com icterícia, mesmo aqueles em bom estado, devem realizar dosagem de bilirrubina total e frações imediatamente (com rápido resultado dos exames) e, caso o resultado apresente $BD > 1 \text{ mg/dL}$ ($17 \mu\text{mol/L}$), entrar em contato com o telefone do sobreaviso do gastropediatria (48 – 99109-8038).

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO/ VOMITOS RECORRENTES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pacientes com quadro de vômito ou regurgitações associados à presença de sintomas ou de suas complicações. Seguir manejo inicial conforme vídeoaula disponível no site supracitado.

- a. Lactentes: vômito e regurgitação associados a irritabilidade, recusa alimentar, baixo ganho de peso. Manifestações extraesofágicas como apnéia e estridor.
Informar ganho de peso do encaminhamento.
- b. Crianças maiores: manifestações semelhantes aos adultos como queimação retroesternal, epigastralgia, pirose. Nesses casos é possível iniciar inibidor de bomba de prótons 2mg/kg/dia por 2 a 4 semanas. Em caso de melhora, manter por 8 a 12 semanas e realizar retirada gradual. Caso retorno dos sintomas ou não melhora, encaminhar para avaliação.
Na presença de disfagia encaminhar.
- c. Manifestações extraesofágicas: sintomas respiratórios altos e baixos como rouquidão, estridor, laringite, tosse, broncoespasmo, pneumonia, otite repetição, halitose, já tendo sido descartados outras causas.

Doses pediátricas das medicações prescritas na DRGE

Medicações	Doses	Formulações	Idade indicada pelo FDA	Idade indicada pela ANVISA
Omeprazol	0,7-3,3 mg/kg/d	comprimido e comprimido dispersível	1-16 anos	> 1 ano
Lanzoprazol	0,7-3 mg/kg/d	cápsula	1-17 anos	Adulto
Esomeprazol	0,7-3,3 mg/kg/d	comprimido e comprimido dispersível	> 1 mês	> 12 anos
Rabeprazol	20 mg /d	comprimido	> 1 ano	Adulto
Pantoprazol	40 mg/d	comprimido	> 5 anos	> 5 anos

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

Nos lactentes com baixo ganho de peso descartar outras causas através de investigação como baixa ingestão, quadro infeccioso. Avaliar coleta de hemograma, parcial de urina com urocultura, eletrólitos, uréia e creatinina. Conferir teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho). Descartar estenose hipertrófica de piloro.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Disfagia progressiva, estenose péptica, esôfago de Barret
AMARELO	Presença de sinais de alarme
VERDE	Manifestações extra-esofágicas
AZUL	Regurgitação sem alteração no ganho de peso, epigastralgia, pirose

PROTOCOLO DE ACESSO – GASTRITES/DISPEPSIAS/ DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com quadro de dispepsia/gastrites associados à presença de sintomas e/ou de suas complicações, não responsivo ao tratamento inicial com inibidor de bomba de próton 2 mg/kg ou retorno dos sintomas após uso por 8 a 12 semanas e retirada gradual da medicação.
- Pacientes com quadro atual ou prévio de doença ulcerosa péptica com recidiva dos sintomas, não responsiva ao tratamento inicial.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de manifestações de alarme como dor severa, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento).
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina.
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo.
- Descrever laudo de Endoscopia Digestiva Alta com data, incluindo a biópsia, quando o paciente já realizou o exame

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Hemorragia digestiva, anemia ferropriva, emagrecimento.
AMARELO	Vômitos, gastrite erosiva ou úlcera péptica em atividade / diagnóstico recente com tratamento já iniciado.
VERDE	Paciente sintomático com antecedentes de doença ulcerosa péptica
AZUL	Epigastralgia, gastrite, presença de H. Pylori sem erosão ou úlcera.

PROTOCOLO DE ACESSO – DISFAGIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever a evolução da disfagia;
- No caso de disfagia orofaríngea encaminhar também para fonoaudiologia;
- Informar e descrever exames realizados como seriografia, videodeglutograma ou endoscopia digestiva alta;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Disfagia com impactação de alimentos, perda de peso acentuada.
AMARELO	Demais casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos suspeitos: diarréia com muco e sangue após introdução do leite de vaca na dieta, baixo peso, regurgitações com baixo ganho de peso;
- Todos os casos diagnosticados e em tratamento;
- Pacientes em dieta que necessitem de desencadeamento.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Após suspeita de alergia iniciar dieta isenta de leite de vaca e soja;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Diarreia com muco e sangue apesar de dieta isenta de leite de vaca e soja.
AMARELO	
VERDE	Casos diagnosticados, respondendo ao tratamento. Pacientes que necessitem de desencadeamento.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – DOR ABDOMINAL RECORRENTE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dor abdominal com duração superior a 2 meses, mantida após melhora de erros alimentares e tratamento com albendazol 400 mg/dia por 5 dias nas crianças maiores de 2 anos ou metronidazol 10 mg/kg / dose de 8/8 horas por 5 a 10 dias em menores de 2 anos.
Seguir conduta inicial sugerida em videoaula.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

SINAIS DE ALARME PARA DOR ABDOMINAL RECORRENTE

- Dor localizada longe da região perumbelical
- Dor que desperta à noite
- Dor associada a alterações do hábito intestinal
- Disúria, artrite e rash
- Sangramento oculto
- Vômitos repetidos, especialmente biliosos
- Sintomas constitucionais como febre, perda de apetite
- Disfagia
- Sintomas respiratórios
- Perda de peso
- Retardo do crescimento
- Visceromegalias
- Atraso puberal
- Palidez
- Hérnia da parede abdominal
- Irradiação da dor para as costas, ombros, escápulas e extremidades inferiores
- Incontinência fecal intermitente
- Sonolência acompanhando os ataques de dor
- História familiar de úlcera péptica, doença inflamatória intestinal.

Descrever exames complementares quando disponíveis: Hemograma, VHS/PCR, glicemia, eletrólitos, transaminases, amilase, colesterol, função renal, PU, urocultura, parasitológico de fezes, Rx simples do abdome e US abdominal.

Enviar gráfico de peso e estatura

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença dos sinais de alerta acima.
AMARELO	
VERDE	Demais casos.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – MÁ ABSORÇÃO INTESTINAL / DIARRÉIAS CRÔNICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Diarreia com duração superior a 30 dias ou 3 ou mais episódios de diarreia nos últimos 60 dias, que evoluam com ganho de peso inadequado ou perda de peso. Seguir investigação inicial da videoaula disponível no site supracitado;
- Doença celíaca;
- Intolerância a lactose.

SINAIS DE ALARME PARA MÁ ABSORÇÃO INTESTINAL

- Desnutrição
- Perda de peso
- Sangue nas fezes
- Atraso puberal
- Evacuações noturnas
- Anemia
- Edema

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis: anemia, hipoalbuminemia, anticorpo antitransglutaminase ou antiendomísio IgA, EDA, colonoscopia;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura;
- Em caso de sangramento caracterizar o tipo do mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Desnutrição grave.
AMARELO	Doença celíaca sem diagnóstico confirmado ou sem início de tratamento, presença de sinais de alarme.
VERDE	Diarréia crônica sem sinais de alarme.
AZUL	Intolerância a lactose, doença celíaca em tratamento.

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos. Seguir investigação inicial da videoaula disponível no site supracitado.

SINAIS DE ALARME PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

- Sangue nas fezes
- Desnutrição
- Perda de peso
- Evacuações noturnas
- Urgência evacuatória
- Anemia
- Hipoalbuminemia
- Artralgia, artrite
- Lesões cutâneas
- Lesão perianal, fístula

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, colonoscopia;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura;
- Em caso de sangramento caracterizar o tipo do mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença dos sinais de alerta acima.
AMARELO	Demais casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – CONSTIPAÇÃO / INCONTINENCIA FECAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Constipação não responsiva ao manejo por 2 meses conforme a videoaula disponível no site supracitado.

SINAIS DE ALARME PARA CONSTIPAÇÃO

Atraso de eliminação mecônio - mais de 48 horas após nascimento

Alteração no exame físico da área lombo-sacra: alteração na marcha, assimetria ou achatamento da musculatura glútea, evidência de agenesia sacral, descoloração da pele, nevus, tufos pilosos, escoliose

Início precoce (< 1 ano).

Comprometimento do ganho de peso/estatura.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis.
Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Sinais de alarme, Incontinencia fecal, fecaloma.
VERDE	
AZUL	Constipação.

PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO CRESCIMENTO POR PROVÁVEL DOENÇA GASTROINTESTINAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pacientes com déficit ponderal estatural com oferta calórica adequada ou crianças que apresentem desaceleração (velocidade de crescimento inferior a esperada) ou mudança no canal de crescimento. Seguir investigação inicial conforme a videoaula disponível no site supracitado.

SINAIS DE ALARME

- Desnutrição
- Perda de peso
- Diarréia
- Atraso puberdade
- Anemia
- Hipoalbuminemia

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares com data quando disponíveis: EDA, albumina, TSH e T4, anticorpo antitrasnglutaminase ou antiendomisio IgA;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Escore Z < -3, queda abrupta na curva de crescimento, hipoalbuminemia.
AMARELO	Demais casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – SANGRAMENTO DIGESTIVO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

História de sangramento digestivo alto ou baixo.

Descartar uso de AINE.

SINAIS DE ALARME PARA SANGRAMENTO DIGESTIVO

- Sangramento volumoso: hematemese, enterorragia (encaminhar ao Pronto Socorro mais próximo para avaliação)
- Anemia
- Estigmas de doença hepática (ascite, ginecomastia, massas, telangiectasias, lesões de mucosa)
- Lactentes

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Caracterizar o tipo de sangramento: hematemese, hematoquezia, enterorragia, melena;
- Se sangramento baixo informar o resultado do exame proctológico realizado pelo médico solicitante;
- Descrever exames complementares com data quando disponíveis: EDA, colonoscopia;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença dos sinais de alerta acima.
AMARELO	Sangramento sem anemia.
VERDE	
AZUL	Suspeita de sangramento por fissura anal.

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS DO PANCREAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Alteração pancreática clínica, laboratorial e/ou ultrassonográfica.

SINAIS DE ALARME

- Pancreatite aguda recém-tratada;
- Elevação de enzimas pancreáticas.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC;
- Descrever os níveis das enzimas pancreáticas quando alteradas, colesterol total e frações e triglicerideos. Enzimas hepáticas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença dos sinais de alerta acima.
AMARELO	
VERDE	
AZUL	Alterações pancreáticas inespecíficas ao USG em paciente assintomático.

PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES HEPÁTICAS/ HEPATOPATIAS CRÔNICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Alteração hepática clínica (como hepatoesplenomegalia, circulação colateral, ascite, telangectasias), laboratorial e/ou ultrassonográfica.

SINAIS DE ALARME

- Icterícia
- Hepatomegalia volumosa
- Esplenomegalia
- Elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes
- Cirrose
- Hipertensão portal
- Hematêmese ou melena
- RNI alargado
- Plaquetopenia
- Leucopenia
- Hipoalbuminemia
- Ascite.

**** No caso de alteração neurológica, RNI alargado não responsivo a vitamina K entrar em contato via emergência com serviço de transplante hepático.**

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, sorologias;
- Descrever os níveis e evolução das enzimas hepáticas quando alteradas, descrever plaquetas, RNI e albumina.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença dos sinais de alerta acima (no caso de RNI alargado, alteração neurológica, hematêmese com alteração hemodinâmica, ascite importante - encaminhar para emergência).
AMARELO	Hepatite auto-imune, doença de Wilson, hemocromatose.
VERDE	Elevação de transaminases > 2 vezes.
AZUL	Esteatose, hemangioma, cisto hepático simples.

PROTOCOLO DE ACESSO – COLESTASE NEONATAL

CRITÉRIOS DE ENCaminhamento

- Todos os casos de colestase, até 60 dias de vida ;
- Icterícia em crianças com mais de 14 dias de vida;
- Diagnóstico confirmado de atresia de vias biliares.

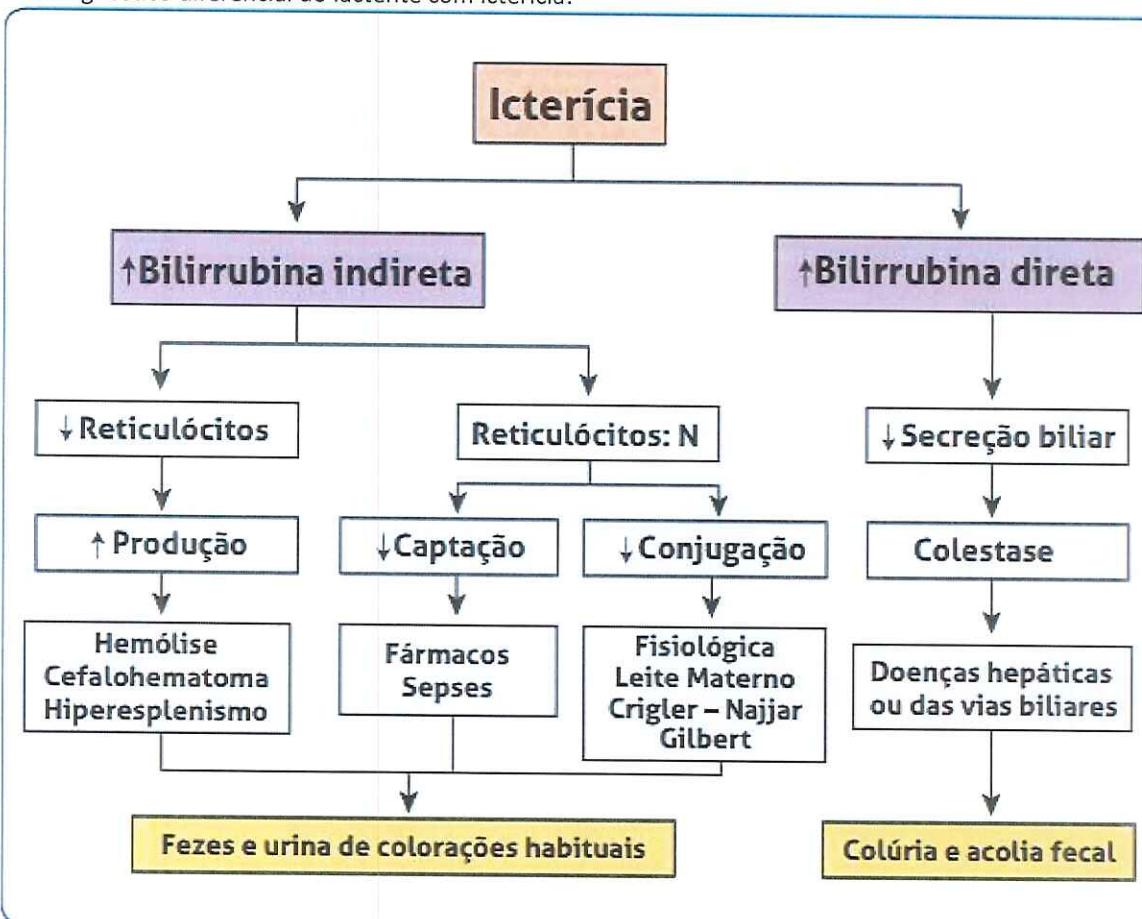
Encaminhar via emergência ou sobreaviso gastroped:

OBS: É necessário descartar atresia de vias biliares (AVB) antes dos 60 dias de vida.

Todos os pacientes com icterícia, mesmo aqueles em bom estado, devem realizar dosagem de bilirrubina total e frações imediatamente (com rápido resultado dos exames) e, caso o resultado apresente **BD>1mg/dL (17 µmol/L)**, entrar em contato com o telefone do sobreaviso do gastroped (48 – 99109-8038).

A figura abaixo auxilia no diagnóstico diferencial:

Diagnóstico diferencial do lactente com icterícia:



Fonte:<http://www.sbp.com.br/src/uploads/2017/03/Hepatologia-Colestase-em-lactentes-24mar17-corrigido.pdf>

SINAIS DE ALARME

- Icterícia com acolia fecal e colúria
- Hepatomegalia volumosa
- Esplenomegalia
- Elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, sorologias.
- Descrever os níveis das enzimas hepáticas quando alteradas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

Todos os casos – encaminhar via emergência e sobreaviso estatual. Não aguardar avaliação ambulatorial

PROTOCOLO DE ACESSO – COLESTASE NA INFÂNCIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

SINAIS DE ALARME

- Icterícia com predomínio de bilirrubina direta;
- Hepatomegalia volumosa;
- Esplenomegalia;
- Elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, sorologias;
- Descrever os níveis das enzimas hepáticas quando alteradas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Sinais de alarme.
AMARELO	Icterícia pregressa.
VERDE	Icterícia com predomínio de bilirrubina indireta, história de colelitíase.
AZUL	

CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO:

VERMELHO	Disfagia, estenose péptica, esôfago de Barret, sangramento, vômitos, Baixo peso z < -3 ou queda abrupta na curva de crescimento, colestase, hepatopatia crônica, hipertensão portal, pancreatite recém-tratada.
AMARELO	Baixo peso, doença celíaca (suspeita ou diagnóstico recente), alergia a proteína do leite de vaca, DII, incontinência fecal, fecaloma, úlcera péptica em atividade.
VERDE	DRGE com manifestações extra-esofágicas, diarreia crônica sem sinais de alarme, prolapsos retais, dor abdominal a esclarecer.
AZUL	DRGE, epigástralgia, pirose, gastrite, dispepsia, dor abdominal crônica, intolerância a lactose, constipação, hemorroidas, doença celíaca em tratamento, alterações pancreáticas inespecíficas, esteatose, hemangioma, cisto hepático simples.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l3-cgceaf/11646-pcdt>
- Protocolos de acesso do Ministério da Saúde: endocrinologia e nefrologia, 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf
- Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf
- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf
- Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas. <http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>
- Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf
- Protocolos da Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%99ADE.pdf>
- Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et-al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49:498-547
- Lightdale JR, Gremse DA. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. *Pediatrics.* 2013;133:e1648.
- Ferreira CT, Carvalho E, Sdepanian VL, Morais MB, Vieira MC, Silva LR. Doença do refluxo gastroesofágico: exageros, evidências e a prática clínica. *J Pediatr.* 2014;90:105-118.
- Carvalho E, Silva LR, Targa C. Gastroenterologia e nutrição em pediatria. Manole, 2012.
- Wyllie R, Haymes JS. Pediatric gastrointestinal and liver disease. Elsevier, 2011.

PROTOCOLOS CLÍNICOS EM GASTROPODIATRIA

Os médicos do serviço de Gastropediatria do HIJG elaborarão para cada uma dessas condições clínicas, rotinas básicas de diagnóstico, tratamento e seguimento especializado e de rotina destes pacientes.

Essas rotinas serão disponibilizadas através de meios físicos (impressos), lógicos (Internet) e audiovisuais pela SES, HIJG e SCP.

Eventuais encontros ou realização de teleconferências serão realizados de acordo com as necessidades.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas.

Nesta lista estão disponíveis para utilização em Gastroenterologia os seguintes Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de interesse para este Projeto:

<u>Doença Celíaca*</u> (Republicado em 18/09/2009)	Portaria SAS/MS nº 307 - 17/09/2009
<u>Doença de Crohn</u> (Republicado em 03/10/2014)	Portaria SAS/MS nº 966 - 03/10/2014
<u>Doença de Wilson</u>	Portaria SAS/MS nº 1.318 – 25/11/2013
<u>Fibrose Cística - Insuficiência Pancreática</u> (Retificado em 27/08/2010)	Portaria SAS/MS nº 224 - 10/05/2010
<u>Hepatite Auto-imune</u>	Portaria SAS/MS nº 457 - 21/05/2012
<u>Hepatite Viral C e Coinfecções</u>	Portaria SVS/MS nº 221 - 18/07/2011
<u>Hepatite Viral C e Coinfecções</u> Suplemento 2 - Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada	26/09/2013
<u>Hepatite Viral Crônica B e coinfeções</u>	Portaria GM/MS nº 2.561 - 28/10/2009
<u>Insuficiência Pancreática Exócrina</u>	Portaria SAS/MS nº 57 - 29/01/2010
<u>Retocolite Ulcerativa</u>	Portaria SAS/MS nº 861 - 04/11/2002

10. COLABORADORES:

Dra Telma E. da Silva
Médica Reguladora Gecor
CRM/SC 8316

Dr. Carlos Schoeller
Chefe do serviço de Gastropediatra HIJG
CRM/SC

Dra. Camila Valois
Serviço de Gastropediatra HIJG
CRM/SC

Dra. Renata Rocha
Serviço de Gastropediatra HIJG
CRM/SC

Dra. Ana Carolina Marcon
Serviço de Gastropediatra HIJG

Dra. Camila da Rosa Witeck
Serviço de Gastropediatra HIJG

Dra. Nilza Perin
Serviço de Gastropediatra HIJG

Dr. José Eduardo Pereira.
Serviço de Gastropediatra HIJG

Marilvan Cortese

Gerente de Complexos Reguladores SES

Claudia Ribeiro de Araujo Gonsalves

Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação
do SUS

Karin Cristine Geller Leopoldo
Superintendente de Serviços
Especializados e Regulação
Órgânicas 356 812-1

Karin Cristine Geller Leopoldo
Superintendente de Serviços Especializados e
Regulação